

Psychologie de l'interruption répétée de grossesse

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anne-Lise **ROBERT**

de

Neuchâtel

Thèse N° 3329

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1973

Psychologie de l'interruption répétée de grossesse

THESE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

Anne-Lise ROBERT

de

Neuchâtel

Thèse N° 3329

GENEVE
Editions Médecine et Hygiène
1973

La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston Garrone, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 16 février 1973

Le doyen :
William Geisendorf

Thèse N° 3329



TABLE DES MATIERES

Chapitre	I.	:		
			- Introduction et but de la recherche.....	1
Chapitre	II.	:		
			- Aperçu de la littérature.....	2
Chapitre	III.	:		
			- Méthodologie utilisée.....	6
Chapitre	IV.	:		
			- Echantillonnage.....	7
Chapitre	V	:		
			- Description et analyse des résultats.....	10
Chapitre	VI.	:		
			- Discussion.....	26
Chapitre	VII	:		
			- Résumé et conclusions.....	30
Chapitre	VIII.	:		
			- Bibliographie.....	32



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. INTRODUCTION ET BUT DE LA RECHERCHE

La pratique médicale de l'avortement, entièrement dépendante de la décision de la femme (URSS, Hongrie, Japon) ou libéralisée dans le cadre légal (Suisse, Etats-Unis) est effectuée dans une large mesure dans les centres hospitaliers. Par un recensement plus précis, cette situation a permis l'étude des aspects sociaux, médicaux et psychologiques de l'avortement, et a révélé la fréquence élevée de l'avortement provoqué à répétition.

D'autre part, l'ensemble des auteurs s'accorde à constater que 20-30 % des femmes bénéficiant des conditions actuelles de diffusion des méthodes préventives (information par le médecin ou par une personne spécialisée, éventuellement achat libre des moyens de contraception) ne pratique aucune contraception efficace. Un mauvais contrôle de la fécondité peut aboutir à des grossesses non désirées et à des avortements provoqués. La prévention des grossesses non désirées, menées à terme ou non, pose actuellement un problème médical et psycho-social.

Les travaux sur l'interruption légale répétée de la grossesse sont encore très peu nombreux, ils sont consacrés presque exclusivement à des études statistiques évaluant la fréquence de l'avortement répété en fonction de paramètres sociologiques. L'aspect psychologique de ce problème, et plus précisément l'étude de la personnalité des femmes qui recourent à l'avortement de façon répétée, n'a pas été investigué. Pourtant le recours répété à l'avortement, ne nous semble pas pouvoir être mis sur le compte du hasard, au contraire, cette situation de répétition nous a paru susceptible d'éclairer les conflits qui poussent une femme à demander l'interruption de sa grossesse. Nous nous sommes demandé quels sont les types de conflits rencontrés, conflit socio-économique ou culturel, conflit interpersonnel, principalement conjugal, ou le conflit intrapsychique, et quelle est leur importance respective. Dans l'étude de 50 femmes ayant subi des avortements provoqués répétés, notre attention était plus particulièrement fixée sur le rôle et l'importance du conflit intrapsychique et nous avons tenté de préciser quels types de constellations psychologiques sont le plus fréquemment rencontrés.

II. APERCU DE LA LITTERATURE

La fréquence élevée de l'avortement provoqué à répétition a été récemment révélée par quelques études statistiques : en Hongrie, 12-24 % des femmes sollicitant une interruption de grossesse reconnaissent avoir subi antérieurement plus de deux avortements provoqués (54). A Genève, dans un groupe de 3000 femmes interrogées dans le cadre d'une recherche sur la contraception, 3,5 % avaient subi plusieurs interruptions de grossesse (41). Au Japon, les chiffres signalés sont encore plus élevés (5). Il n'existe pourtant que peu de travaux sur le sujet de l'avortement à répétition, GEIJERSTAM (19) dans sa compilation de 1200 travaux sur l'avortement provoqué, parus entre 1960 et 1967, n'en cite aucun se rapportant à l'avortement provoqué à répétition. C'est pourquoi nous avons choisi de nous appuyer sur la littérature concernant l'interruption légale de grossesse.

Le psychiatre est de plus en plus concerné par le problème de l'avortement autorisé. Il intervient dans la délimitation des indications d'interruption et dans l'étude des comportements face à la contraception. Avec la libéralisation des lois et de la pratique médicale de l'avortement les indications d'ordre psycho-social et psychiatrique de l'interruption sont progressivement devenues les indications les plus fréquemment invoquées (jusqu'à 85 % selon TIETZE) (55), elles trouvent leur justification dans la prévention de la santé mentale de la femme. Nous rappellerons la définition de l'état de santé donnée par l'OMS : "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".(1)

Or le risque d'accidents psychiatriques graves consécutifs à une grossesse, (état dépressif grave, tentamen, psychose puerpérale) est rare et difficile à évaluer (26,8). L'absence de critères précis permet au psychiatre de choisir selon son interprétation de la définition de l'état de santé donné par l'OMS, entre une attitude de rigueur et une attitude de libéralisme. Nous emprunterons à FRIEDMANN (15) la remarque suivante : l'indication d'interruption de grossesse dépend principalement de la personnalité, de l'école et de la conviction morale du médecin. L'extrême diversité des attitudes des psychiatres face à l'indication

d'interruption de grossesse est étudiée également dans une enquête de ROSENBERG et SILVER (50).

La première de ces attitudes que nous qualifierons de rigoriste, défend l'idée que l'indication d'interruption ne doit être posée qu'en présence d'un risque psychiatrique ou médical grave et précis. Cette attitude qui conduit à refuser fréquemment l'autorisation d'interruption, contribue en pratique à la condamnation de l'avortement (2,3,4,30).

La deuxième de ces attitudes, que nous qualifierons de libérale, inclut dans la définition de l'état de santé, des facteurs sociaux, économiques, relationnels et d'environnement. Cette attitude conduit à un élargissement du champ des indications (52). Il est bien entendu que ces deux attitudes se définissent par rapport à une législation orientée vers le contrôle de la pratique médicale.

Etant donné l'absence de critères précis de l'indication d'interruption de grossesse et les inconvénients administratifs de l'application d'une loi, plusieurs auteurs (34, 58) suggèrent que l'avortement doit dépendre exclusivement du code de pratique médicale. La décision d'interrompre appartenant en dernier ressort à la femme elle-même, aidée par son médecin.

Parmi les études visant à préciser les indications ou les contre-indications psychologiques de l'interruption de grossesse, nous voulons relever quelques travaux. GENEVARD (20) et plus récemment FORSMAN et THUWE (15) ont montré que les enfants issus de grossesses non désirées présentent au cours de leur existence un nombre d'accidents psychologiques significativement plus important que des enfants issus de grossesses désirées. L'étude de FORSMAN et THUWE porte sur 120 enfants suivis de leur naissance à leur majorité. Selon POHLMAN (47) au contraire, l'évaluation du refus conscient et inconscient d'une grossesse est impossible. Il s'en suit que toute corrélation entre une grossesse dite non désirée par la femme et un refus ultérieur de l'enfant est très sujette à caution.

Un autre groupe de travaux porte sur la fréquence et l'importance des séquelles psychiatriques post-abortives. L'ensemble des auteurs (24, 14) s'accorde pour estimer que 1 % des femmes seulement présente des séquelles post-abortives relevant d'un traitement psychiatrique et ayant nécessité une hospitalisation ou un arrêt de travail. Les séquelles, caractérisées essentiellement par des

états dépressifs, sont dans la grande majorité des cas, passagères et de résolution spontanée. Les séquelles graves et durables, surviennent chez des femmes relevant d'une indication psychiatrique précise d'interruption. Il nous paraît intéressant de relever les travaux de MARDER (34) et de WHITTINGTON (58) montrant l'influence d'un accueil hostile fait à la patiente par l'équipe soignante et les commissions d'experts sur le développement d'un état dépressif post-abortif. Citons également KUMMER (25) qui considère que les séquelles psychiatriques de l'avortement sont pratiquement inexistantes et qu'il s'agit là d'une "tentative d'élaboration du tabou de l'avortement". Plusieurs enquêtes, en particulier celle de PECK et MARCUS (45) et celle de NISWANDER et PATTERSON (40) semblent montrer à l'aide de critères cliniques que l'état psychique de la femme peut être dans certains cas amélioré par un avortement. Finalement, dans une étude portant sur 245 femmes interrogées 10 ans après qu'une interruption leur ait été refusée, HOOK (23) trouve que le 27 % d'entre elles restent insatisfaites et continuent à regretter ce refus. Ce travail, confirmé par l'étude de MARDER (34), suggère que le refus d'interruption n'est pas une décision sans conséquence psychologique à long terme.

Ce bref résumé de la littérature montre que le psychiatre ne dispose pas de critères cliniques permettant d'évaluer de manière précise l'indication et de la contre-indication de l'interruption de grossesse. D'autre part, ces mêmes travaux suggèrent que les séquelles psychiatriques de l'avortement provoqué sont généralement passagères et de résolution spontanée.

Comme nous l'avons vu plus haut, la fréquence de l'avortement provoqué à répétition, autorisé ou non, reste élevée en dépit des progrès réalisés dans le domaine de la contraception. LEE constate que dans un groupe de 69 femmes "well educated, intelligent and sophisticated" ayant bénéficié d'une prescription médicale de contraception après un premier avortement illégal, 43 % ont subi un deuxième et 8 % un troisième avortement (30). Selon cet auteur, la résistance à la contraception est un bon indicateur du risque d'interruption répétée. C'est d'ailleurs ce problème de l'attitude devant la contraception qui est le champ de recherche le plus largement investigué actuellement. Citons l'ouvrage de POHLMAN : "Psychology of Birth Planning", qui montre bien que les données

du problème de la prévention des naissances sont complexes et qu'elles se situent sur plusieurs plans (social, démographique, relationnel et psychologique) (48). Parmi les études les plus récentes, contribuant à une meilleure compréhension des attitudes devant l'avortement, la grossesse et la contraception, retenons celles de KELLERHALS et PASINI (44,41,42) à la fois psychologiques et sociales et portant sur de grandes séries de femmes. Dans le cadre de ces études, PASINI (43), s'est attaché à décrire la valeur symbolique de la grossesse, valeur de puissance, de complétude ou de sanction et la signification du désir de grossesse qui correspond parfois à une valorisation narcissique, à une revendication phallique ou à la sanction de la culpabilité sexuelle, et peut aboutir à la pratique par la femme d'une contraception inefficace. L'étude de GLOOR (21) sur "les attitudes féminines devant la prévention des naissances" porte sur 446 femmes. Pour cet auteur, la mauvaise intégration de l'ambivalence devant le désir et le refus de grossesse est souvent responsable des échecs de la contraception. Cette même idée est développée par LEHFELDT (31), l'échec de la contraception signe l'ambivalence de la femme, l'avortement est l'aboutissement d'une situation dans laquelle ni la contraception, ni la grossesse ne sont une solution satisfaisante et pleinement acceptée. Faisant appel à la notion de désir inconscient, l'auteur parle de la "volonté de s'exposer à une grossesse non désirée".

Parmi les nombreux auteurs qui ont étudié les particularités psychologiques des femmes qui opposent une résistance à la contraception (27,28,32,37), DEVEREUX (10) signale que l'on^{ne} trouve presque toujours chez ces femmes, des tendances masochiques, de l'agressivité envers leur partenaire masculin et un désir inconscient de grossesse.

III. METHODOLOGIE UTILISEE

Toute étude sur l'avortement se heurte d'emblée au problème du choix de la méthode d'investigation. Il s'agit schématiquement de choisir entre l'étude psycho-sociale standardisée des opinions et des comportements majoritaires d'une population choisie ou prise au hasard et, à l'opposé, l'approche psycho-dynamique lente et dénuée de tout effort d'objectivation sociale, de cas particuliers. Les multiples aspects du problème de l'avortement nécessite l'utilisation de ces deux types de méthode. Les études psycho-sociales standardisées (21,14) effectuées à l'aide d'un questionnaire rempli par la femme elle-même ou par un enquêteur non spécialisé, permettent de déterminer un comportement majoritaire, mais ne permettent pas une compréhension de la signification de ce comportement. Inversement, les travaux plus cliniques (42), grâce à l'approche psychodynamique, permettent de mieux comprendre le sens d'un comportement (la signification symbolique de l'avortement par exemple) et sa fonction dans l'équilibre psychologique de la femme. Dans l'utilisation de cette deuxième méthode, l'effort de standardisation est rendu difficile, parfois discutable. Faut-il le regretter ? Nous regretterons plutôt les difficultés de communication entre tenants de ces deux méthodes.

Dans ce travail qui se propose d'étudier plus particulièrement les aspects psychologiques de l'avortement répété, nous avons choisi une solution intermédiaire. Un questionnaire socio-psychologique préétabli d'une centaine de questions a été soumis, au cours d'un entretien clinique individuel de 2 heures environ, conduit le plus librement possible, à 50 femmes ayant subi deux ou plus de deux avortements provoqués, autorisés ou non. Nous avons tenté par cette méthode, d'intégrer au comportement de la femme révélé par les réponses directes au questionnaire, l'opinion de la femme sur son comportement (motivations conscientes) et l'opinion de l'examineur (motivations inconscientes) fondées sur son appréciation clinique. Cette méthode implique une interprétation subjective de l'information, tant de la part de l'examineur que de l'examiné, qui rend difficile toute tentative de quantification. Nous exprimerons donc les résultats sous deux formes complémentaires. La première consistant à commenter les résultats chiffrés obtenus à l'aide du questionnaire (forme ne reflétant qu'imparfai-

tement une réalité multiple et complexe), la deuxième consistant à commenter l'interprétation de plusieurs cas individuels.

Un groupe témoins de 50 femmes n'ayant jamais subi d'avortement a été soumis également à un entretien clinique semi-dirigé par le même questionnaire.

Orientée plus spécifiquement vers l'aspect psychologique de l'avortement et ne disposant que d'un échantillon relativement réduit, nous avons volontairement renoncé à toute méthode d'analyse statistique.

IV. ECHANTILLONAGE

Le premier groupe comprend 50 femmes ayant subi deux ou plus de deux avortements provoqués, légal ou non légal, pratiqués par un médecin, par une autre personne ou par la femme elle-même. Ces femmes ont été examinées le jour avant ou le jour après une interruption légale de grossesse. Il s'agit de 29 femmes hospitalisées pour une interruption de grossesse dans le service de gynécologie de l'Hôpital de Genève, de 16 femmes étrangères à Genève, examinées après qu'elles aient obtenu l'accord de la commission de préexpertise chargée de délivrer les autorisations d'interruption légale, et de 5 femmes d'autres provenances (policlinique de gynécologie de Genève et centre de planning familial).

Le groupe témoin (groupe II) a été choisi parmi les femmes hospitalisées à la Maternité de l'Hôpital Cantonal de Genève. Ces femmes ont été examinées dans les jours qui ont suivi l'accouchement. Le seul critère de sélection de ce groupe témoin est l'absence d'interruption de grossesse dans les antécédents. Ce choix permet la comparaison, sur le plan social et psychologique, entre des femmes ayant interrompu leur grossesse et des femmes l'ayant menée à terme.

La répartition sociale de ces femmes est reportée sur les tableaux I, II, III.

Tableau No. I

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Nationalité	Suisse	17	28
	France	24	13
	Autres	9	9
2) Résidence	Genève	29	44
	Autres (France)	21	6
3) Age (moyenne)		33	27
4) Etat civil	célibataire	12	3
	mariée	30	47
	séparée	1	—
	divorcée	7	—
	veuve	—	—

Commentaires : Le groupe I comprend un plus grand nombre de femmes françaises non résidentes à Genève. Il s'agit de femmes consultant la commission de préexpertise chargée de délivrer les autorisations légales d'interruption de la grossesse. La moyenne d'âge du groupe I est plus élevée que celle du groupe II. Il est évident qu'en choisissant les femmes du groupe témoin parmi les accouchées, la proportion de femmes mariées est plus élevée.

Orientée plus spécifiquement dans une étude de la personnalité de femmes ayant eu des interruptions répétées de grossesse, ce manque d'homogénéité ne joue pas, à nos yeux, de rôle déterminant.

Tableau No. 2

Pour des raisons de commodité, nous incluons dans la description de l'échantillonnage les résultats relatifs à l'attachement de la femme à la religion et le rôle de la religion dans la vie sexuelle et reproduction de la femme.

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Religion	catholique romaine	41	32
	protestante	8	16
	autres	1	2

2) Pratique de la religion	régulière	3	11
	irrégulière	12	15
	absente	35	24
3) Attachement à la religion	attachée	14	22
	peu attachée	20	14
	détachée	16	14
4) Rôle de la religion dans la contraception	oui	1	4
	non	45	46
	interdit de l'église	2	—
	culpabilité	2	—
5) Rôle de la religion face à l'interruption de grossesse.	oui	1	4
	non	40	46
	interdit de l'église	5	—
	culpabilité	4	—

Commentaires : Il apparaît dans les réponses directes au questionnaire, que la religion ne modifie pas l'attitude consciente des femmes face à la contraception et à l'avortement. Notre impression clinique confirme cette constatation. Cependant, notre méthode ne nous permet pas d'évaluer le rôle de la religion dans l'inconscient individuel et collectif. D'autres enquêtes, menées sur de grandes séries de femmes, (27, 44), ont montré également le rôle secondaire joué par la religion dans les motivations conscientes de la femme, face au problème général de la fertilité.

Tableau No. 3

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Dernière école fréquentée	primaire	32	27
	secondaire inf.	7	11
	secondaire sup.	4	2
	professionnelle	5	8
	universitaire	2	2
2) Formation professionnelle	oui	17	35
	non	33	15

Commentaires : Le degré scolaire atteint est semblable dans les deux groupes. En revanche, dans le groupe témoin, 35 femmes (contre 17 dans le groupe I) ont acquis une formation professionnelle.

V. DESCRIPTION ET ANALYSE DES RESULTATS

- 1) Comparaison des antécédents personnels et familiaux entre un groupe de 50 femmes ayant subi plus d'un avortement et un groupe témoin de 50 femmes n'ayant jamais subi d'avortement.
- =====

Tableau No. 4

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Situation familiale	divorce	10	3
	décès du père	10	2
	décès de la mère	3	2
	non pertinent	27	43
2) Elevée en institution	de façon continue	3	3
	de façon discontinue	6	—
	non pertinent	41	47
3) Climat familial	bon	15	39
	moyen	13	8
	mauvais	22	3
4) Vécu de la relation avec la mère	bon	19	43
	mauvais	31	7

Commentaires : Nous avons constaté que l'enfance et la situation familiale des femmes du groupe I est profondément perturbée. La moitié des femmes de ce groupe ont vécu la perte d'un des parents, soit par décès, soit par séparation. Plus important encore est le nombre de femmes qui expriment un vécu négatif du climat familial, sous la forme d'impression d'avoir été malheureuse, d'avoir été rejetée de sa famille, et d'être coupable des conflits conjugaux et des drames sociaux (alcoolisme par exemple) auxquels elles ont été mêlées. La qualification du climat familial (bon, moyen, mauvais) est essentiellement l'expression du vécu de la femme. Nous constatons que 15 femmes seulement du groupe I (contre 39 du groupe II) décrivent un climat familial harmonieux.

Un autre aspect important de l'anamnèse, est la mauvaise qualité du vécu de la relation avec la mère (31 femmes du groupe I contre 7 du groupe témoin).

La mère est décrite comme une femme dure, rejetante, froide; peu maternelle est le qualificatif le plus fréquemment utilisé; ou encore, elle est décrite comme une esclave domestique, maltraitée par le père, accablée par des grossesses multiples, en bref, une mère soumise et résignée. Dans les deux cas, la fillette ne désire pas lui ressembler. La psychanalyste M. LANGER a montré qu'une mauvaise identification à la mère, est un des principaux facteurs responsables des troubles de la fertilité (29). L'épanouissement du sens maternel dépend largement d'une bonne résolution des conflits avec les parents, et en particulier avec la mère (12, 49).

L'importance de l'image sociale de la femme, pour ces patientes en quête d'une identité, sera étudiée dans le chapitre 5, des résultats. Il n'est pas dans notre propos de discuter l'importance du rôle bien connu de la famille en général, sur l'organisation de la personnalité de l'individu. Nous voulons simplement retenir de ces résultats que les femmes du groupe I acquièrent dans l'enfance un handicap sévère qui s'opposera à l'organisation harmonieuse de la personnalité et à l'établissement d'une identité féminine stable.

- 2) Comparaison de la vie sexuelle et affective entre un groupe de 50 femmes ayant subi plus d'un avortement et un groupe témoin de 50 femmes n'ayant jamais subi d'avortement provoqué.

=====

Tableau No. 5

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Information durant l'enfance sur la vie sexuelle et reproductive	par mère	4	20
	par autre	1	6
	pas informée	45	26
2) Qualité des relations sexuelles	norm. orgastique	10	22
	non org. satisf.	21	23
	frigidity (prim.)	19	5
	sec.interm.)		
3) Relation avec le partenaire	stable	37	47
	instable	13	3

Commentaires : La vie sexuelle des femmes du groupe 1 est significativement différente de celle des femmes du groupe témoin. A la question relative à la qualité des relations sexuelles, 19 femmes (contre 5 du groupe témoin) signalent une frigidité primaire, secondaire ou intermittente; seules 10 femmes contre 22 du groupe témoin signalent des relations orgasmiques. Plus significatif à nos yeux, et qui n'apparaît pas dans les chiffres, est le peu d'importance que les femmes du groupe 1 attribuent à leur vie sexuelle. La sexualité est vécue avec "ennui, voire dégoût" et utilisée dans le but d'obtenir et de garder la "tendresse" du partenaire. Les femmes du groupe 1 se disaient indifférentes à la qualité, somme toute mauvaise, de leurs relations sexuelles, en revanche, elles expriment en réponse à cette question, d'abondantes revendications affectives sous forme de demande de "tendresse, de compréhension et d'égards". Les relations avec les partenaires, quoique profondément conflictualisées, sont stables. La sexualité apparaît comme non génitale et utilisée à des fins de gratifications affectives. Relevons que 3 femmes seulement (contre 27 du groupe témoin) incluent la sexualité dans les principales fonctions de la femme. Nous voulons souligner le fait que 45 femmes sur 50 (contre 26 sur 50) n'ont reçu aucune information sur la vie sexuelle et reproductive, au cours de leur enfance ou à la puberté, sinon parfois une information inadéquate, donnant de la femme une image dégradante et de la sexualité une image effrayante.

- 3) Comparaison de la vie reproductive entre un groupe de 50 femmes ayant subi plus d'un avortement provoqué et un groupe témoin de 50 femmes n'ayant jamais subi d'avortement provoqué.

=====

Tableau No. 6

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Nombre de femmes avec enfants		39	50
2) Nombre total d'enfants		106	82
Nombre total d'avortements		120	
3) Conception (enfants)	volontaire	22	63
	accidentelle	84	19

4) Méthode contraceptive	coïtus interr.	19	14
	Knaus-Ogino	11	3
	contr-orale	10	21
	contr.locale	7	6
	pas de contr.	3	6
5) Attitude face à la contr.	acceptation	17	34
	refus	1	1
	ambivalence	32	15
6) Désire encore des enfants	oui	24	28
	non	26	22
7) Pratique d'une méthode contr. dès le début de la vie sexuelle active	oui	26	44
	non	24	6

Commentaires : La vie reproductive des femmes du groupe 1 est dominée par l'échec du contrôle de leur fécondité. Il s'agit bien d'un échec, car toutes les femmes de ce groupe disent avoir été informées sur les méthodes contraceptives. 47 femmes disent pratiquer une méthode de contraception et cependant nous observons un grand nombre de grossesses, menées à terme ou non, et surtout de grossesses dites accidentelles. Parmi les 50 femmes du groupe 1, 39 totalisent 106 enfants, alors que les 50 femmes du groupe témoin, totalisent 82 enfants. Sur les 106 enfants, 84 résultent d'une conception dite accidentelle contre 19 dans le groupe témoin. A ces 106 grossesses menées à terme, il faut ajouter les 120 grossesses interrompues. Cet échec du contrôle de la fécondité et sa signification, objet même de cette étude, sera discuté en détails ultérieurement. Nous nous bornerons à constater quelques faits :

- 1) Les méthodes contraceptives utilisées ne sont pas très différentes dans un groupe et dans l'autre. La contraception orale étant utilisée plus fréquemment par les femmes du groupe témoin.
- 2) 32 femmes du groupe 1 (contre 15 du groupe témoin) présentent face à la contraception une attitude que nous avons qualifiée d'ambivalente, c'est-à-dire que la femme accepte le principe mais oppose à la pratique une "résistance" qu'elle exprime de multiples façons (craintes de malformations pour les enfants à naître, peur du cancer, dégoût des préparatifs, malaises somatiques divers).
- 3) En dépit d'avortements répétés, la moitié des femmes de ce groupe exprime le désir d'avoir encore des enfants.

4) Rappelons enfin que 45 femmes n'ont reçu aucune information sur la sexualité, et par conséquent sur la vie reproductive et la contraception durant l'enfance et la puberté.

4) Etude des 120 avortements présentés par les femmes du groupe 1

=====

Dans ce paragraphe, nous abandonnons la comparaison entre les deux groupes de femmes étudiés. Les résultats sont exprimés en fonction du nombre total d'avortements présentés par les femmes du groupe 1. Chaque avortement est considéré séparément.

Tableau No. 7

Décision d'interrompre

1) Nombre d'avortements	total	120
	autorisés	93
	provoqués	27
2) Motifs d'avortement	célibat	35
invocés par la femme	conflit conjugal	33
	liaison passagère	4
	abandon	5
	difficultés éconóm.	20
	grossesses multiples	13
	mal. psychiatrique	4
	mal. physique	6
3) La décision d'interrompre	facile	68
pre a été	difficile	52
4) Que représente l'inter-	év. capital	7
ruption ?	év. important	69
	év. peu marquant	44
5) Avez-vous hésité à	oui	56
garder la grossesse ?	non	64
6) Lien avec le géniteur	mari	80
	fiancé	6
	liaison stable	27
	liaison passagère	13
7) Entente avec le	harmonieuse	37
géniteur	troublée	70
	inclassable	13

8) Réaction du partenaire à la grossesse	conserver la gr.	6
	interrompre (participe)	75
	interrompre (ne part. pas)	23
	a laissé le choix	6
	non informé	8
	a nié sa responsabilité	2

Commentaires : Ce premier groupe de questions concerne les circonstances et le vécu des circonstances dans lesquelles les femmes sont amenées à décider, de façon répétée, de l'interruption de leur grossesse. Les motifs d'avortements invoqués spontanément par les femmes, sont détaillés sous la question 2. Nous constatons que l'indication d'interruption relevant du risque d'aggravation d'une maladie mentale ou physique objectivée n'est représentée que 10 fois sur 120. Les motifs d'ordre social tels que les difficultés économiques et les grossesses multiples sont représentés 33 fois sur 120. Finalement, le motif habituellement invoqué par les femmes qui demandent des interruptions de grossesses à répétition, est le conflit interpersonnel avec le partenaire masculin (célibat, conflit conjugal, liaison passagère, abandon), 77 fois sur 120. Ces motifs sont bien réels et coïncident de plus avec les motifs généralement acceptés par les commissions d'expertises chargées de délivrer les autorisations légales d'interruption. La mésentente avec le partenaire est très fréquente (question 7). Dans la majorité des cas, la grossesse est, selon la femme, mal acceptée par le partenaire qui semble exercer une influence non négligeable sur la décision d'interrompre (question 8). N'ayant pas examiné les partenaires, il ne nous est pas possible d'évaluer l'importance de l'opposition réelle. Cependant, nous constatons que cette mésentente grave, n'est que rarement responsable de rupture, au contraire, les relations interpersonnelles sont étonnamment stables (question 6).

Quelle que soit la valeur des motifs invoqués (prétextes ou causes insurmontables), il faut nous étonner du fait que ces femmes toutes instruites des méthodes de contraception, s'exposent de façon répétée à l'interruption de grossesse. D'autant plus que l'avortement représente pour elles un événement important (question 4). Les motifs psycho-sociaux invoqués dans la question 2 nous paraissent insuffisants pour expliquer la répétition de l'avortement. La décision d'interrompre, importante et difficile à prendre pour la majorité des femmes du groupe étudié, reflète la présence d'un conflit

psychologique que nous discuterons ultérieurement. Il nous paraissait intéressant de relever que cette constatation due à notre impression clinique acquise au cours des entretiens, n'est pas traduite par les réponses aux questions 3 et 5. Nous avons constaté qu'il est discutable d'exprimer dans des questions à choix multiples, un comportement dont les motivations sont complexes et confuses, car partiellement inconscientes.

Tableau No. 8 Contraception au moment des conceptions ayant abouti à l'interruption

Nous considérons qu'il y a contraception dès qu'une volonté contraceptive est exprimée par la femme, et quelle que soit l'efficacité de la méthode choisie.

1) Contraception au moment de la conception ayant abouti à l'interruption	oui non	103 17
2) Méthode de contraception	coïtus interr. Knaus-Ogino contr. orale contr. locale pas de contr.	48 29 16 10 17
3) Raisons exprimées par la femme d'échec de la contr.	échec de la méthode oubli comportement du partenaire	60 23 20
4) Raisons exprimées par la femme d'absence de contraception	concep. vol. mauvaise inf. aversion envers la contrac. idée que conc. est impossible	9 1 5 2

Commentaires : Ce tableau regroupe quelques questions ayant trait aux pratiques de la contraception au moment des conceptions ayant abouti à l'interruption de grossesse. Dans la majorité des cas, les femmes qui se disent toutes informées ont pratiqué une contraception qui s'est révélée inefficace. Il apparaît clairement que les méthodes choisies, sont soit peu sûres (coïtus interruptus, Knaus-Ogino) soit appliquées de façon inefficace (oubli de la pilule). De ces réponses, nous voulons retenir que les femmes, bien que parfaitement orientées sur les avantages et les inconvénients de chacune des méthodes, continuent à pratiquer une contraception inefficace. Elles s'exposent donc, en toute connaissance de

cause et comme volontairement à un haut risque de grossesse, témoignant ainsi de leur résistance inconsciente à la contraception. De ces "résistances", nous ne citerons que les aspects les plus évidents dans le groupe étudié :

- 1) Le désir de grossesse, le plus souvent inconscient, est particulièrement intense chez ces femmes dépressives, souffrant d'un sentiment d'incomplétude et d'insuffisance, il s'oppose à une pratique efficace de la contraception.
- 2) La passivité des femmes examinées, associées à leur culpabilité sexuelle, sont aussi responsables d'un certain nombre d'échecs de la contraception. Dans ces cas, la femme ne s'implique pas activement dans la maîtrise de sa fécondité, mais compte passivement sur la "chance".
- 3) Enfin, un certain nombre de femmes expriment toute une série de craintes devant la méthode proposée : (peur du cancer, peur de malformations pour les enfants à venir, peur de perdre leur "féminité", etc.). A la fois, réveil de peurs archaïques en particulier devant la contraception orale, et rationalisation de leur refus.

- 5) Comparaison de quelques aspects de la personnalité entre un groupe de 50 femmes ayant subi plus d'un avortement provoqué et un groupe témoin de 50 femmes n'ayant jamais subi d'avortement.

=====

Dans les précédents chapitres de résultats, nous avons vu à quel point les deux groupes examinés sont différents l'un de l'autre par l'anamnèse. Une situation traumatisante grave survenant dans l'enfance (décès d'un des parents, divorce, conflits familiaux) est fréquemment rencontrée dans l'anamnèse familiale des femmes du groupe 1. Le modèle identificatoire maternel n'est pas satisfaisant, la mère est vécue comme mauvaise et discréditée pour 31 femmes de ce groupe (contre 7 du groupe témoin). L'anamnèse personnelle des femmes du groupe 1 est dominée par une succession de conflits qu'un entretien d'une ou deux heures ne suffit pas toujours à préciser. L'importance du vécu des premières années de la vie, de la qualité des relations établies avec les parents, le rôle de la structure sur l'organisation de la personnalité et sur l'acquisition d'une identité stable n'est plus à démontrer. Dans le groupe 1, nous nous sommes trouvée en présence de femmes souvent gravement perturbées. Il s'agissait le

plus fréquemment de personnalités prégénitales, mal structurées, immatures, présentant souvent des traits abandonniques, et se défendant mal contre des sentiments dépressifs et contre une impression de vide existentiel. Les tendances dépressives étaient suffisamment sérieuses pour nécessiter des traitements psychiatriques ambulatoires ou hospitaliers chez 25 des 50 femmes de ce groupe (contre 3 du groupe témoin) et 8 d'entre elles ont présenté une ou plusieurs tentatives de suicides. Ces états dépressifs n'étaient pas en relation directe avec les interruptions de grossesse. Nous avons retrouvé avec une remarquable constance chez les femmes du groupe I, une série de traits de caractère qui sont en général moins marqués chez les femmes du groupe témoin : les tendances dépressives chroniques déjà signalées, sont présentes chez 40 femmes du groupe I, chez 42 femmes de ce groupe, nous retrouvons un comportement masochique autopunitif et une passivité évidents, se manifestant dans leur vie professionnelle, sentimentale ou encore dans leur façon d'assumer leur fécondité. A côté de ces traits de caractère presque toujours présents, relevons une tendance à l'impulsivité, au passage à l'acte, une difficulté à anticiper les conséquences de leurs actes et aussi une grande fragilité narcissique qui va de pair avec la dépression.

L'épanouissement du sens maternel dépend en bonne partie de la résolution favorable des conflits avec les parents et en particulier avec la mère (12, 13); ce que confirme notre impression que les femmes du groupe I avaient, plus que les femmes du groupe témoin, une difficulté à vivre la maternité. Les conflits avec leurs enfants étaient fréquents, et ces femmes signalaient des difficultés psychologiques et scolaires chez leurs enfants, plus nombreuses que chez les enfants des femmes du groupe II.

A la question "quels sont les éléments nécessaires à une vie réussie?" par laquelle nous avons essayé d'explorer l'image sociale de la femme, nous avons obtenu dans les deux groupes des réponses superposables et apparemment conventionnelles : d'abord être épouse et mère, ensuite avoir une profession et enfin être dans l'aisance économique.

Par contre à une deuxième question sur "les qualités de caractère que devrait posséder une femme" nous avons obtenu les réponses suivantes apparemment contradictoires. Ces réponses ont été groupées en quatre catégories :

	Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) Maternité	15	9
2) Sexualité	3	27
3) Autonomie-Affirmation de soi	22	9
4) Dépendance-Soumission	10	5

Les réponses banales et stéréotypées à la première question ne nous étonnent pas chez les femmes du groupe témoin, elles sont confirmées par les réponses à la deuxième question. Dans ce groupe, les aspirations exprimées sont en harmonie avec la réalité vécue et coïncident avec les exigences et les habitudes du milieu socio-culturel. En revanche, les mêmes réponses à la première question chez les femmes du groupe I dont l'identité est si fragile, nous paraissent refléter une tentative de ces femmes pour s'adapter au modèle social qui leur est proposé, et aussi être un mécanisme de réparation dans la situation culpabilisante de l'avortement. Dans les réponses à la deuxième question, ces femmes montrent leur désir d'autonomie et d'affirmation de soi. Ces réponses sont exprimées en fonction de leur relation avec l'homme et en compétition avec lui, souvent sur un mode agressif.

Dans ces réponses, les femmes du groupe I nous paraissent exprimer leurs contradictions et leurs conflits. Ces conflits se situent à la fois sur le plan social dans leur échec d'adaptation, sur le plan interpersonnel dans l'agressivité exprimée à l'égard du partenaire masculin et enfin au niveau intrapsychique dans l'antagonisme entre l'idéal d'autonomie et la réalité de dépendance.

Tableau No. 9 Image de l'avortement provoqué et du fœtus

		Femmes avec interruptions Groupe I	Femmes sans interruption Groupe II
1) L'interruption de grossesse est	une bonne chose	5	1
	un mal nécessaire	42	45
	une chose horrible	3	4
2) Les personnes qui pratiquent l'interr. sans être médecin sont	protecteur	4	—
	exploiteur	46	50

3) L'interruption devrait être accordée :	chaque fois qu'une femme le demande	23	17
	le plus souvent	17	22
	sauf "abus"		
	quand il y a des problèmes sociaux	6	2
	quand danger d'atteinte à la santé de la mère	5	4
	pour ainsi dire jamais	2	5
4) A partir de quand le fœtus est-il un être vivant	sans réponse	2	—
	dès la conception	24	48
	lorsqu'il bouge	10	2
	à 3 mois	2	—
	à 4 mois	1	—
	à 5 mois	3	—
	à la naissance	2	—
	ne sait pas	6	—

Commentaires : Les femmes des deux groupes, ont, de l'avortement provoqué, l'image de "quelque chose de mauvais". Le plus souvent, il est considéré comme un mal nécessaire; l'avorteur non médecin est unanimement condamné comme exploiteur et persécuteur, et la moitié des femmes du groupe I exprime un vécu négatif de leur entrevue avec les experts qui leur ont accordé l'autorisation légale d'interrompre leur grossesse. Les experts sont ressentis comme des censeurs et des juges. Seules 23 femmes du groupe I et 17 du groupe témoin considèrent que l'avortement devrait dépendre exclusivement de la décision de la femme.

Cette image sociale "mauvaise" de l'avortement provoqué, est pour les femmes du groupe I une source de culpabilité. La lutte contre la culpabilité s'exprime en partie dans l'image qu'elles expriment du fœtus. A la question : quand le fœtus devient-il un être vivant ? plus de la moitié des femmes du groupe I donnent des réponses variées "au 3e.4e.5e. mois, quand il bouge, voire même à la naissance seulement". (Dans le groupe témoin, toutes les femmes considèrent que la vie est présente dès la conception). Ce désintérêt et cette méconnaissance apparents des femmes du groupe I pour le fœtus, sont contredits par les questions souvent insistantes sur la taille, le sexe, voire la couleur des yeux du fœtus expulsé.

Les rêveries sur une éventuelle maternité sont fréquentes et révèlent des vécus du fœtus bien différents de celui des femmes qui ont accouché. Dans le groupe I, 9 femmes sur 50 aimeraient élever un enfant seules sans avoir à le "partager". avec un partenaire. Plusieurs fois le désir narcissique d'avoir une fille unique et de la "gâter" comme elle aurait voulu l'être est exprimé

par la femme. L'enfant n'est guère envisagé hors de la fonction qu'il aurait dans l'équilibre psychologique de la mère.

Donc, les femmes des deux groupes ont de l'avortement provoqué une image mauvaise qui paraît correspondre à l'image sociale de l'avortement provoqué. Malgré le poids de cette image et la condamnation implicite de l'interruption de grossesse qu'elle sous-entend, les femmes du groupe I ont recours à l'avortement de façon répétée.

La grossesse remplit comme nous l'avons vu, une fonction dans l'équilibre psychologique de la femme. Il paraît en être de même pour l'avortement provoqué : il permet en particulier l'expression de tendances sadiques, parfois mais rarement clairement discernables dans le discours de la patiente, et de tendances masochiques dont nous avons déjà parlé.

Il est bien évident que ces remarques générales ne reflètent qu'imparfaitement une réalité multiple et complexe. Chaque cas conserve une originalité telle que tout excès de schématisation nous paraît discutable. De plus, la méthode choisie dans ce travail (entretiens cliniques personnalisés) implique une interprétation subjective de l'information, tant de la part de l'examineur que de l'examiné, qui rend difficile toute tentative de quantification. Pour ces raisons, nous aurons recours pour illustrer les caractéristiques anamnestiques et psychologiques de chacun des groupes, à quelques exemples cliniques.

Exemple clinique choisi dans le groupe I des femmes ayant
subi des interruptions de grossesse.

=====

Histoire de Mme L.

Née en 1942, française, catholique non pratiquante, troisième d'une fratrie de trois, orpheline de père à l'âge de 6 mois (guerre), élevée par la mère, demi-pensionnaire d'une école catholique dès l'âge de 6 ans. Elle décrit sa mère comme étant fermée, glaciale, accablée par le travail, "peu aimante et ne parlant jamais à ses enfants". Elle ne s'entend pas avec son frère et sa soeur et ne garde aucun souvenir d'amitiés durables établies dans le cadre scolaire. Elle obtient à 19 ans un certificat d'aptitude professionnelle de couture. Relations sexuelles dès l'âge de 17 ans, changements fréquents de partenaires. A 21 ans, naissance d'un enfant illégitime. Mariage forcé par une nouvelle grossesse à 22 ans. Le mari, représentant de commerce, gagne normalement sa vie. Mésentente conjugale dès le début du mariage, infidélités des deux conjoints. Troisième et quatrième enfants non désirés à 24 et 25 ans. Avortement spontané à 26 ans. Trois avortements

provoqués à 27, 28 et 30 ans. A l'âge de 29 ans, séparation provisoire d'un an, chacun des époux prend en charge deux enfants. Conflits psychologiques importants entre la mère et les enfants, en particulier avec la fillette cadette de trois garçons.

Mme L. dit être parfaitement informée depuis plusieurs années sur les méthodes contraceptives, mais elle continue à pratiquer de façon approximative, la méthode Knaus-Ogino. Avec toute autre méthode, elle craindrait de "ne plus se sentir une vraie femme". Toutes ses grossesses seraient dues à un oubli de la contraception. Bien que désireuse de le faire et rêvant d'autonomie et d'indépendance face à son mari, Mme L. n'a jamais exercé sa profession.

Portrait psychologique

Mme L. est une femme intelligente, elle se présente comme une personnalité masochique, prégénitale, peu structurée, se défendant mal contre une angoisse intense et une dépression chronique. Elle a un sentiment permanent de manque et d'insuffisance qu'elle cherche à compenser par des revendications agressives à l'égard de l'entourage et particulièrement de son mari et de ses enfants. Elle est avide et exigeante en même temps que passive et dépendante. Ce comportement immature entraîne des sentiments de culpabilité et la confirme dans sa mauvaise estime de soi, et finalement aggrave la dépression. Une recherche incessante et vaine de valorisation de son identité féminine la conduit à multiplier les preuves de sa sexualité (partenaires multiples) et de sa fécondité (nombreuses grossesses menées à terme ou non).

Mme L. pratique une contraception inefficace qui est l'aboutissement d'un ensemble de situations conflictuelles dont les plus évidentes sont :

- l'impossibilité d'assumer son ambivalence face à la grossesse.
- la revendication agressive à l'égard du mari pour qu'il assume seul la contraception.
- la peur archaïque de la contraception orale.

De plus, les tendances sado-masochiques de son comportement, nous paraissent trouver une issue dans l'avortement répété.

Exemple clinique choisi dans le groupe II des femmes ayant accouché
et n'ayant jamais subi d'interruption de grossesse.

=====

Histoire de Mme S.

Née en 1943 en Valais, catholique pratiquante. Deuxième d'une fratrie de cinq, née dans un milieu modeste. Elle décrit un climat familial harmonieux et souligne la relation particulièrement chaleureuse avec sa mère. Elle quitte l'école à 15 ans et demi pour travailler comme serveuse dans un restaurant.

Relations sexuelles dès l'âge de 18 ans, elle consulte de sa propre initiative un gynécologue et pratique la contraception orale jusqu'à son mariage à l'âge de 25 ans. Le mari jardinier gagne normalement sa vie.

Naissance en 1969, 1970 et 1972 de 3 enfants désirés. D'entente avec son mari, Mme S. n'exerce aucune activité professionnelle.

Portrait psychologique

Il est bien évident que les personnalités rencontrées dans les deux groupes sont multiples. Nous relevons simplement que Mme S. comme la plupart des femmes du groupe II ne présente pas les traits pathologiques relevés dans le portrait précédent : le rôle du masochisme n'est pas évident chez elle, elle n'a pas de tendances dépressives et elle paraît avoir bien intégré son ambivalence affective.

Ses aspirations, en harmonie avec la réalité, sont conformes aux exigences de son mari et de son entourage socio-culturel.

Exemples cliniques choisis dans le groupe I des femmes ayant subi des interruptions de grossesses.

=====

Les exemples suivants appartiennent tous au groupe I. Ils sont destinés à illustrer plus en détails la situation particulière de la grossesse et l'avortement. Nous avons constaté que pour la majorité des femmes du groupe I, la grossesse est désirée, souvent inconsciemment, mais n'est pas toujours orientée vers la maternité. L'avortement permet soit de rétablir un équilibre psychosocial rompu par une grossesse plus ou moins névrotique (avortement type rétro-conduite), soit de réaliser les tendances masochiques auto-punitives de la femme (avortement type masochique).

Exemple No. 1

26 ans, célibataire. Antécédents : Placement institutionnel de 3 à 10 ans, consécutif au divorce de ses parents. A revu son père lorsqu'elle avait 18 ans. Reprise par sa mère à 10 ans. Elle prétend détester sa mère, parce que celle-ci ne l'a jamais aimée ni comprise, et n'a pas été disponible pour elle. Mécontente aussi avec son beau-père. En revanche, le père décédé actuellement, est idéalisé, elle pense lui ressembler, elle est "sensible comme lui et comme lui a des tendances à l'alcoolisme". Elle n'a reçu dans l'enfance aucune information sur la vie sexuelle. Elle a des relations sexuelles depuis l'âge de 18 ans avec 3 fiancés successifs. Frigidité primaire dont elle ne souffre pas pourvu qu'elle soit aimée et entourée. Elle se compare elle-même à un "petit chat" qui aurait besoin de caresses et de chaleur. Actuellement et malgré ses trois débuts de grossesses successives, elle refuse de se marier. Elle souffre d'un état dépressif chronique avec des épisodes d'alcoolisation. A fait deux tentamen. Elle est traitée épisodiquement par un psychiatre. Ses sentiments d'insuffisance s'expriment dans la honte de son échec scolaire, elle a l'impression d'être bête et inculte, pour lutter contre cette impression elle suit toutes sortes de cours du soir. L'autre moyen d'exprimer son vécu d'insuffisance est la peur de la stérilité. Elle a eu 3 grossesses en 2 ans par "oubli de la pilule". Suivies toutes les trois, d'une interruption. Elle envisagerait dit-elle une maternité, si elle avait la certitude d'avoir une fille "comme elle". Elle voudrait l'élever sans l'appui d'un partenaire masculin et l'éduquerait à se défendre contre les hommes, elle voudrait qu'elle soit avocate.

Commentaires : Le désir de grossesse paraît exprimer d'abord le besoin narcissique de se prouver sa fertilité. La maternité n'est pas réellement souhaitée et le vécu de l'enfant est névrotique. L'avortement nous paraît faire partie du comportement masochique global. Comme nous l'avons souvent constaté, l'avortement s'inscrit dans un contexte psychopathologique grave.

Exemple No 2

38 ans, mariée. Pas de conflit grave décelable dans l'enfance. Milieu parental apparemment uni. Elle était la quatrième d'une fratrie de 5. A 22 ans, mariage forcé. Elle a un fils de 15 ans "qui est tout pour elle, qui ne sort jamais seul et qui n'a aucun secret pour elle". Conflit conjugal grave, le mari est décrit comme sadique et brutal, la séparation n'a pourtant jamais été envisagée. Frigidité de la patiente qui refuse toute autre méthode de contraception que le coïtus interruptus qu'elle impose à son mari en guise de représailles. Le désir de maternité s'oppose à un refus catégorique du mari. 5 grossesses en 7 ans, toutes interrompues, dont 3 par elle-même. Les interruptions sont vécues de façon dramatique, mais aussi avec complaisance : la patiente examine longuement chacun des foetus expulsés dont elle sait dire le sexe et la couleur des yeux. Après les interruptions, apparition de sentiments de culpabilité et aggravation d'un état dépressif chronique pour lequel la patiente est traitée épisodiquement.

Commentaires : Sans négliger l'importance du désir de maternité et de la frustration imposée par le refus du mari, il faut relever que Mme R. s'expose à cinq reprises à une grossesse, en sachant avant la conception qu'elle devra être interrompue. Plus nettement encore que dans l'exemple précédent, l'avortement fait partie d'un comportement masochique global.

Exemple No 3

32 ans, mariée. Pas de conflit grave décelable dans l'enfance, mais une mauvaise relation avec la mère vécue comme non aimante. Mort du père lorsqu'elle avait 16 ans. Après ce décès, bouleversement de sa vie; elle doit renoncer à faire les études d'infirmière qu'elle rêvait d'entreprendre, elle doit, pense-t-elle, remplacer le père auprès de sa mère accablée, incapable de faire face à la situation et auprès de sa soeur cadette. Etat dépressivo-anxieux ayant nécessité plusieurs hospitalisations psychiatriques, survenu selon la patiente, avec les premières relations sexuelles qu'elle a eues avec l'homme qui est devenu son mari. Depuis ces premières relations, "elle n'a plus jamais été en bonne santé". Le conflit conjugal est grave et ouvert. Elle pratique une contraception orale irrégulière, car dit-elle, elle doit se "sentir ovuler" sous peine d'éprouver des sentiments de dévalorisation entraînant l'angoisse et la dépression. Deux avortements spontanés, puis deux grossesses menées à terme dont l'une grâce à un traitement conservateur. Les deux enfants, deux filles, présentent des conflits psychologiques nécessitant un traitement spécialisé. Trois grossesses interrompues malgré le souhait exprimé d'avoir encore un garçon "plus tard". Le motif d'interruption était chaque fois "conflit conjugal, aspiration à une autonomie professionnelle". Elle voudrait être danseuse ou diriger une boutique de mode.

Commentaires : Dans cet exemple aussi, la vie sexuelle et reproductive s'inscrit dans le contexte psychopathologique grave. La patiente accepte mal sa féminité, elle vit la relation avec son mari comme un combat dont elle sort toujours vaincue et écorchée, elle échoue dans ses tentatives d'acquérir complétude et puissance par la fécondité.

Exemple No. 4

29 ans, mariée. Protestante pratiquante. Milieu familial harmonieux, mais éducation rigide et puritaine. Elle décrit sa mère comme une femme pudibonde, elle lui en veut de ne lui avoir donné aucune information sur la vie sexuelle et reproductive. Bonne entente avec le mari. Deux enfants dont elle voudrait, dit-elle qu'ils soient "conformistes, pas farfelus, réfléchis". Cette femme ne présente pas les caractéristiques psychosociales habituelles des femmes du groupe. Mais elle n'envisage pas une sexualité dissociée de la maternité, ou du moins du risque de maternité. Elle exprime un refus des méthodes contraceptives sûres et choisit en toute connaissance de cause, une méthode dont elle connaît les risques (Knaus-Ogino). Deux grossesses interrompues, car des enfants supplémentaires déséquilibreraient le budget familial.

Commentaires : L'interruption de grossesse est vécue, nous semble-t-il, avec moins de culpabilité qu'une sexualité qui ne serait pas orientée vers la maternité. Dans une étude sur la sexualité dans les sociétés puritaines, DEVEREUX () décrit des cas semblables où la grossesse représente la sanction de la sexualité.

Exemple No. 5

36 ans, mariée. Décès du père particulièrement dramatique en sa présence, quand elle avait 10 ans. Elle dit "c'est un drame non résolu". Sa mère ne lui a donné aucune information sur la vie sexuelle et reproductive. Elle avait avec elle une relation plutôt froide. Bonne entente avec son mari. 5 enfants, dont les 3 derniers n'étaient pas désirés et de plus, formellement contre-indiqués. Elle souffre d'un asthme qui s'est progressivement aggravé avec les grossesses et qui actuellement la rend presque grabataire et l'oblige à faire de fréquents et longs séjours loin de sa famille. Cette femme s'expose par oubli de la contraception orale, à deux grossesses formellement contre-indiquées. Les deux interruptions sont vécues comme profondément culpabilisantes. Le traumatisme est encore aggravé par le décès récent d'une belle-soeur au cours d'un avortement provoqué; décès vécu comme la preuve de l'existence d'une justice immanente. Cette patiente exprime un désir de grossesse et de maternité.

Commentaires : La grossesse dans ce cas, peut représenter une réparation de la blessure narcissique due à son invalidité. En revanche, seul son caractère masochique permet de comprendre que cette femme s'expose à des interruptions dramatiques.

VI. DISCUSSION

La pratique d'une contraception efficace, c'est à dire, la maîtrise de sa fécondité implique pour la femme, un engagement actif et l'acceptation de sa sexualité. Inversement, une attitude conflictuelle devant la fécondité et le refus de la sexualité, peuvent conduire des femmes passives à pratiquer une contraception inefficace et à subir des avortements.

Des indices d'une sexualité mal intégrée dans la personnalité sont constatés chez les femmes du groupe I, dont la passivité est par ailleurs un trait de caractère, fréquemment observé; parmi les 50 femmes du groupe I, 20 femmes souffrent de frigidité et 3 femmes seulement (contre 27 dans le groupe II) inscrivent la sexualité comme une fonction importante et souhaitable de la vie d'une femme. Pour la majorité d'entre elles, la sexualité est subie avec ennui voire dégoût, dans le but d'obtenir l'attention du partenaire masculin. En d'autres termes, nous constatons que la sexualité, non génitale, le plus souvent est utilisée à des fins de gratifications affectives immatures.

Parmi les 50 femmes de ce groupe, 45 n'ont reçu aucune information sur la vie sexuelle et reproductive durant l'enfance ou la puberté, sinon par des allusions donnant de la femme une image dégradante et de la sexualité une image effrayante. Cette information sexuelle absente ou inadéquate peut être mise en relation avec la fréquence des conflits familiaux graves en particulier avec la mère, vécus dans l'enfance.

Les femmes du groupe I ne maîtrisent pas leur fécondité. Bien qu'elles affirment toutes pratiquer une contraception, nous observons pour l'ensemble du groupe, un grand nombre de grossesses non désirées, menées à terme ou interrompues. De plus, bien que décrit comme un événement important et traumatisant, l'avortement est subi de façon répétée; il est vécu comme seule solution à une situation sans issue, il n'est que rarement (3 femmes sur 50) choisi consciemment comme moyen anticonceptionnel. Cet échec de la contraception, de même que le recours répété à l'interruption de grossesse est l'aboutissement de tendances antagonistes, conscientes ou non, apparaissant simultanément au niveau de l'individu, du couple et du milieu social.

Avant de discuter plus en détail des termes multiples et complexes de ces situations conflictuelles qui s'appliquent aussi bien au problème de la contraception qu'à celui de l'avortement, nous voulons exprimer quelques observations générales ayant trait à l'information reçue par les femmes du groupe I

sur la contraception. Tout d'abord la manière d'informer est non satisfaisante : l'informateur transmet souvent, sous le couvert de raisons "scientifiques", son propre conflit face au contrôle de la fécondité. Il confirme l'image d'une contraception dangereuse. D'autre part, une information précise, détaillée et personnalisée, nécessite parfois des entretiens longs et répétés. Une telle prise en charge clairement indispensable pour les femmes du groupe I, n'a jamais été constatée. Finalement, aucune des femmes examinées n'a reçu au cours de l'enfance ou à la puberté, une information sur la contraception intégrée à l'information sur la sexualité. Le rôle joué par l'information sur la pratique d'une contraception efficace est discuté en détail dans plusieurs travaux (8,24, 25).

Pour tenter de décrire et d'évaluer l'importance respective des termes multiples de ces situations conflictuelles, nous emprunterons une classification arbitraire exprimée en termes de conflit type socio-culturel, type interpersonnel, et type intrapsychique. Cette classification est arbitraire, car en pratique, ces trois types de conflits sont présents simultanément.

a) Conflit socio-culturel

Les interruptions de grossesses sont généralement spontanément motivées par des raisons socio-culturelles et économiques, dont les principales sont le célibat, les difficultés économiques et les grossesses multiples (sur 120 avortements, le célibat est invoqué 35 fois, les difficultés économiques 20 fois, les grossesses multiples 13 fois). Ces motivations s'opposent au désir de grossesse qu'un examen attentif met pratiquement toujours en évidence. Il est important de souligner que le désir de grossesse décrit comme une constante de la personnalité féminine (21) est présent en situation d'avortement provoqué. Dans le groupe de femmes examinées, ces motifs bien que reflétant une difficulté réelle, parfois insurmontable, ne jouent selon nos critères cliniques qu'un rôle secondaire. Nous avons pu observer dans quelques cas, qu'une amélioration de la situation (mariage, changement favorable des conditions économiques, utilisation des méthodes contraceptives) ne modifie pas le recours à l'avortement.

En revanche, parmi les facteurs socio-culturels, nous retiendrons l'influence exercée sur une grande partie des femmes de ce groupe, par l'image sociale soit de la femme (épouse et mère), soit de l'avortement (acte condamné). Ces images sociales, auxquelles s'identifient sans conflit les femmes du groupe

témoin, ne s'opposent pas au désir de grossesse, mais aggravent l'intensité des conflits intrapsychiques. Ce mécanisme sera discuté ultérieurement.

b) Conflit interpersonnel

La majorité des femmes, célibataires ou mariées, de ce groupe, se plaignent de mésentente grave avec le partenaire. Ce motif est invoqué fréquemment pour justifier l'interruption de grossesse. L'opposition entre le désir de grossesse de la femme et le refus catégorique du partenaire n'est constaté que rarement. N'ayant pas examiné les partenaires, il nous est impossible d'évaluer le rôle vraisemblablement fréquent des formes moins catégoriques de refus. Cependant, le fait que les femmes s'exposent de façon répétée à cette motivation d'interruption, avec le même partenaire ou avec plusieurs partenaires successifs, nous conduit, comme pour conflit de type socio-culturel, à rechercher des motivations dans les conflits intrapsychiques et dans la personnalité de la femme. Notre impression clinique confirme le rôle secondaire joué par le partenaire dans la décision prise par la femme d'interrompre une **grossesse**.

c) Conflit intrapsychique

Il s'agit maintenant de préciser d'une part la signification du désir de grossesse et d'autre part de rechercher les facteurs psychologiques qui conduisent à l'interruption de grossesse. Chez les femmes du groupe I, le désir de grossesse ne correspond que rarement à un désir mûr et authentique de maternité. En effet, au moment de la grossesse, les femmes expriment un vécu névrotique de l'enfant. D'autre part, il semble que les difficultés psychologiques et les difficultés scolaires sont plus fréquentes chez les enfants des femmes de ce groupe que chez ceux des femmes du groupe témoin. Relevons également que la plupart des grossesses menées à terme sont décrites par les femmes du groupe I comme accidentelles et mal acceptées (84 sur 106). En d'autres termes, tout se passe comme si la femme désire une grossesse sans désirer la maternité. Nous ne voulons pas dire que le désir de maternité n'est pas présent mais que le désir de grossesse acquiert dans le groupe des femmes examinées une fonction autonome non dirigée exclusivement vers la maternité. Le sens maternel, au même titre que la sexualité apparaît comme mal intégré à la personnalité. Il convient de rappeler que maternité et sexualité représentent les deux pôles profondément dépendants l'un de l'autre de l'identité féminine (11, 46).

Comme le montrent les exemples décrits dans le chapitre des résultats, la grossesse représente principalement une recherche de complétude, une valorisation narcissique, une revendication phallique ou encore une sanction de la sexualité. La grossesse recherchée pour sa signification symbolique, participe, chez ces femmes dépressives, à la défense contre des sentiments permanents de dévalorisation, d'incomplétude, de doutes sur leur identité et de culpabilité. La signification symbolique de la grossesse (essentiellement complétude et puissance) fait partie de l'ensemble d'arguments conscients et inconscients qui détermine l'attitude de toute femme face à sa fécondité. Dans le groupe I, la recherche du vécu symbolique de la grossesse, alimentée principalement par un état dépressif, par une identité féminine mal intégrée et par l'image socio-culturelle de la femme (image valorisée de mère et d'épouse), devient prédominante et s'oppose à tous les arguments rationnels pour le contrôle de la fécondité. Par ce mécanisme, la femme peut être conduite à pratiquer une contraception inefficace et à s'exposer à des grossesses de façon répétée et indépendamment des contre-indications socio-culturelles ou médicales.

En pratique, les méthodes actuelles de contraception, permettent à toute femme, lors du contrôle de leur fécondité un choix délibéré dans l'alternative désir ou refus de grossesse. Le comportement ambivalent des femmes du groupe I face à la contraception, la grossesse et l'avortement, témoigne de leur incapacité à maîtriser cette alternative. Les facteurs psychologiques qui conduisent une femme à interrompre sa grossesse sont plus difficiles à évaluer. Nous avons vu que la grossesse peut remplir une fonction non exclusivement dirigée vers la maternité. Si le refus conscient ou inconscient de maternité est intense, le recours à l'avortement peut seul résoudre une situation devenue inextricable. Dans cette hypothèse, l'avortement permettrait simplement de rétablir l'équilibre rompu par une grossesse névrotique.

D'autre part, nous voulons souligner deux observations apparemment contradictoires : certaines femmes s'exposent de façon répétée à des grossesses dont la contre-indication (médicale ou socio-culturelle) était présente avant la conception; inversement certaines femmes recourent de façon répétée à l'avortement en dépit de bonnes conditions socio-économiques et interpersonnelles. Dans tous les cas l'avortement est vécu comme un événement dramatique et déprimant. Dans une deuxième hypothèse, nous pouvons penser que l'avortement est recherché et qu'il remplit lui aussi, une fonction dans l'économie psychologique de certaines femmes. Nous savons par des comptes rendus isolés de psychanalyse que

l'avortement représente l'expression de tendances sadiques envers la mère ou l'enfant et l'issue des tendances masochiques autopunitives de la femme.

VII RESUME ET CONCLUSIONS

Nous avons examiné, sur le plan psychologique principalement, 50 femmes ayant subi plusieurs interruptions de grossesse. Cette étude a été faite à l'aide d'un questionnaire psychosocial soumis aux femmes au cours d'un entretien individuel conduit le plus librement possible. Les réponses à ce questionnaire ont été comparées avec les réponses de 50 femmes choisies parmi des accouchées n'ayant jamais subi d'interruption de grossesse, composant un groupe témoin.

Il ressort de nos résultats que les femmes ayant subi des avortements provoqués, ont vécu beaucoup plus fréquemment que les femmes du groupe témoin, des situations perturbées et traumatisantes dans leur enfance (décès d'un des parents, divorce, abandon, conflits familiaux graves). Nous soulignons tout particulièrement la mauvaise qualité du vécu de la relation avec la mère, souvent refusée comme modèle identificatoire. Ces femmes nous sont apparues comme ayant acquis dès l'enfance un handicap s'opposant à l'organisation harmonieuse de la personnalité et à l'acquisition d'une identité stable leur permettant de vivre leur sexualité sans conflit majeur et d'assumer leur fécondité.

En effet, la qualité des relations sexuelles des femmes de ce groupe, est moins bonne que celle des femmes du groupe témoin, il y a en particulier davantage de frigidité. La sexualité apparaît comme peu génitale, utilisée à des fins de gratification affective.

Les avortements provoqués et le nombre élevés des enfants non désirés de ces femmes (malgré leur intention exprimée de pratiquer la contraception) témoignent suffisamment du mauvais contrôle qu'elles ont de leur fécondité. Nous avons qualifié leur attitude devant la contraception, d'ambivalente, c'est-à-dire, qu'elles se disaient favorables à la contraception, mais que le choix de la méthode et son application révélaient leurs résistances profondes souvent inconscientes.

Au cours de nos entretiens, la plupart des femmes de ce groupe, nous sont apparues comme des personnalités immatures, mal structurées. La majorité d'entre

elles présentait un comportement masochique autopunitif et des sentiments dépressifs chroniques et une grande passivité. Les conflits avec le partenaire étaient particulièrement fréquents. La moitié des femmes ayant subi des interruptions répétées de grossesse avait présenté des troubles psychopathologiques ayant nécessité un traitement psychiatrique ambulatoire ou hospitalier, et 8 d'entre elles avaient présenté un ou plusieurs tentamen.

Nous avons eu l'impression que malgré la réalité de certains conflits de type socio-économique, culturel ou interpersonnel, les conflits intrapsychiques étaient toujours déterminants dans la décision d'interruption. La grossesse peut remplir diverses fonctions dans l'organisation psychologique de la femme (recherche de complétude, valorisation narcissique, revendication phallique ou sanction de la sexualité). Le désir de grossesse, associé ou non au désir de maternité, peut être responsable de la pratique d'une contraception inefficace. Ce désir de grossesse irrationnel et difficilement contrôlable est souvent intense chez les femmes ayant subi des avortements provoqués.

L'avortement est le moyen de revenir à la situation antérieure à la conception, la seule issue à une situation vécue comme dramatique et inextricable.

Il représente aussi pour la femme l'expression de tendances sadiques et masochiques inconscientes.

Donc, l'avortement provoqué à répétition est l'aboutissement d'un ensemble de conflits survenant entre le désir et des facteurs externes (conflits socio-culturel et interpersonnel) et des facteurs internes (conflit intrapsychique). Le rôle du conflit intrapsychique survenant chez des femmes dépressives et masochiques, nous a paru déterminant. Nous avons observé dans l'anamnèse de ces femmes une fréquence élevée de conflits familiaux graves, (en particulier, une mauvaise relation avec la mère).

Toute mesure visant à renforcer l'image sociale de l'avortement (acte condamné) aggrave l'intensité du conflit intrapsychique.

Dans ce contexte psychologique, tout effort d'information sur les méthodes de contraception, représente une prise en charge médicale qui doit être adaptée à la femme et qui doit, selon les cas, être de longue durée; l'idéal étant que l'information sur la contraception soit intégrée à une information sur la sexualité et effectuée durant l'enfance.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

- (1) à 57 Actes off. Org. mond. Santé 2, 100, 1946 et 1960
- (2) Anderson, E.W. : Psychiatric indications for the termination of pregnancy.
J. Psychosomatic Res. 10 : 127 . 1966.
- (3) Barno, A. : Criminal abortions deaths, illegitimate pregnancy deaths, and suicides in pregnancy.
Amer. Journ. Obst. and Gynec. 98 : 356 . 1967.
- (4) Bernstein, I.C. : Psychiatric indications for therapeutic abortion.
Minn. Med. 50 : 51 . 1967.
- (5) Callaghan, D. : Abortion : Law, choice and mortality.
New-York : Macmillan 1970.
- (6) Mc Coy, D. : The Emotional Reaction of women to therapeutic abortion and sterilization.
J. Obst. Gyneco. Brit. Cwlth. oct. 1968. vol 75.
- (7) David, P.D. : Psychological Studies in Abortion.
Psychological Perspectives in Population. New-York : Basic Books 1972. Fawcett, J.T. (Ed.) sous presse.
- (8) Deghwitz, P. : The influence of Pregnancy on Neurological and psychiatric diseases.
Fortsch. Neurol. Psych. 32 : 105 . 1964.
- (9) Deutsch, H. : La psychologie des femmes.
(2 tomes) Presses Universitaires de France, Paris 1964 et 1967.
- (10) Devereux, G. : A psychanalytic study of contraception.
Journal of Sex Research 1965.
- (11) Devereux, G. : La délinquance sexuelle des jeunes filles dans une société "puritaine".
Les Temps Modernes, No. 221, pp. 621-659, 1964.
- (12) Dolto, F. : La genèse du sentiment maternel, -éclairage psychanalytique.
Bull. off. de la Société Française de psycho-Propylaxie Obstétricale,
No. 32, 4ème trim., pp. 43-55, 1967.
- (13) Dolto, F. : La libido génitale et son destin féminin.
Journées internationales d'Amsterdam, 1960.
- (14) Ekblad, M. : Induced abortion on psychiatric grounds. A follow up study of 479 women.
Acta Psychiat. Neurol. Scand. Suppl. 99 : 238, 1955.
- (15) Friedman, J.H. : Vagarity of psychiatric indications for therapeutic abortion.
Amer. J. Psychtherapie, 16 : 251. 1962.

- (16) Forssman. H. Thuwe. I. : One hundred and twenty children born after application for therapeutic abortion refused.
Acta Psychiat. Scand. 41 : 71, 1965.
- (17) Fultz. G.S. : Therapeutic abortion
Southern Med. J. 47 : 55, 1954.
- (18) Gebhard. P.St al. : Pregnancy, birth, and abortion.
New York : Harper, 1958.
- (19) af Geijerstam. E.K. : An annotated bibliography of induced abortion.
Ann Arbor : University of Michigan Press, 1969.
- (20) Genevard. G. : La destinée de l'enfant illégitime.
Université de Lausanne. Thèse de médecine 1956.
Conne. Lausanne, 1956.
- (21) Gloor. P.A. : Attitudes féminines devant la prévention des naissances.
Ed. Doin, Deren & Co. Paris 1968.
- (22) Hauschild. T.B. : The role of the psychiatrist in therapeutic abortion and sterilization.
Med. Bull. US. Army Eur. 20 : 322, 1963.
- (23) Hook. K. : Refused abortion. A follow-up study of 249 women whose applications were refused by National Board of Health in Sweden.
Acta psychiat. Scand. 39. suppl. 168, 1963.
- (24) Jansson. B. : Mental disorders after abortion.
Acta psychiat. Scand. 41 : 87, 1965.
- (25) Kummer. J.M. : Post-abortion psychiatric illness, a myth.
Amer. J. Psychiat. 119 : 980, 1963.
- (26) Johnson. J. : Termination of pregnancy on psychiatric grounds.
Med. Gynaec. socio. 2 : 2, 1966.
- (27) Lagroua Weill-Hallé. M.A. : La contraception et les Français.
Librairie Maloine S.A., Paris 1967.
- (28) Lagroua Weill-Hallé. M.A. : La prescription contraceptive.
Librairie Maloine S.A., Paris 1968.
- (29) Langer. M. : Maternidad y sexo.
Editorial Nova. Buenos Aires, 1951.
- (30) Lee N.H. : The search for an abortionist
Chicago : University of Chicago Press, 1969.
- (31) Lehfeldt. H. : Willful exposure to unwanted pregnancy (WEUP).
American Journal of Obstetrics and G. Gynecology, 1959, 78.
- (32) Lehfeldt. H. : Psychological factors in contraception.
Journal of Contemporary Psychotherapy, 1969, 1.
- (33) Levine. A.S. : The problem of psychiatric disturbances in relation to therapeutic abortion.
Albert Einstein Med. Center J. 6 : 73, 1958.

- (34) Marder, L. : Psychiatric Experience with a liberalized therapeutic abortion. Law.
Amer. J. Psychiat. 126 : 9 mars, 1970.
- (35) Mehlan, K. H. : Teaching family planning in Eastern Europe : The significance of the high abortion rate.
In J. Leban (Ed.). Teaching family planning.
New York : Josiah Macy, Jr. Foundation, 1969.
- (36) Merwein, F. : Birth control and interruption of pregnancy from a psychiatric point of view.
J. Praeventiv Med. 7 : 471, 1962.
- (37) Molinski, H. et Coll. : Einige psychische Reaktionen bei der Einnahme von Ovulationshemmern.
Z. Psychother. med. Psychol. 17/6, 1967.
- (38) Moore, R. W. : Psychiatric and legal aspects of therapeutic abortion and sterilization.
New Zeal. Med. J. 58 : 778, 1952.
- (39) Mumford, R. S. : An interdisciplinary study of four wives who had induced abortion.
Amer. J. obst. and gynec. 87 : 865, 1963.
- (40) Niswander, K. R. Patterson, R. J. : Psychologic reaction to therapeutic abortion.
Obst. et gynec. 29 : 702, 1967.
- (41) Pasini, W. : Sexualité et Contraception.
Monographie 70 p. (à paraître).
- (42) Pasini, W. : Approche psychologique de la régulation des naissances.
Revue de Médecine préventive, fasc. 2. 1968.
- (43) Pasini, W. : Le désir de grossesse, fil d'Ariane de la gynécologie psychosomatique.
Méd. et Hyg. 29 : 1971.
- (44) Pasini, W. Keller hals, J. : Enquête sur l'interruption légale de la grossesse à Genève.
(à paraître).
- (45) Peck, A. Marcus, H. : Psychiatric Sequelae of therapeutic interruption of pregnancy.
J. Nerv. Men. Dis., 143 : 417, 1966.
- (46) Peck, A. : Therapeutic Abortion Patients, Doctors and society.
Amer. J. Psychiat. 125, 1968.
- (47) Pohlman, E. : Results of unwanted conceptions : some hypotheses up for adoption.
Eugenic Quaterly 12 : 1, 1965.
- (48) Pohlman, E. : Psychology of Birth Planning.
Cambridge : Schenkman, 1969.
- (49) Racamier, P.C. : Troubles de la sexualité féminine et du sens maternel.
Société Française de Psycho-Prophylaxie Obst. 32 : 1967.
- (50) Rosenberg, A.J. Siver, E. : Suicide, Psychiatrists and therapeutic abortion.
Calif. Med. 102 : 407, 1967.

- (51) Siegfried, S. : Psychiatric investigation of the sequelae of interruption of pregnancy.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 67 : 365, 1951.
- (52) Simon. N. Senturia. A. : Psychiatric sequelae of therapeutic Abortion.
A review of Literature 1935 - 1964.
Arch. Gen. Psychiat. 15 : 378 - 389, 1966.
- (53) Simon. N. Senturia. A. Rothman. D. : Psychiatric illness Following Therapeutic Abortion.
Amer. Journal of Psychiatry 1967, 124.
- (54) Szabady. E. Klinger. A. : Report from Budapest : Pilot Survey of repeated abortion seeking.
Conference on Psychosocial Factors in Transnational Family Planning Research.
Washington : American Institute for Research. 1970.
- (55) Tietze. C. : Abortion on request : Its consequences for population trends and public health.
Seminars in Psychiatry, 2 : 1970.
- (56) Van Emde Boas. C. : Possibilités et limitations de l'instruction contraceptive.
Extrait des comptes-rendus de la Société Française de Gynécologie.
- (57) White. R.B. : Induced abortions : a survey of their multiplications : Complications and indications.
Texas Rep. Bul. Med. 24 : 531, 1966.
- (58) Whittington. H. G. : Evaluation of Therapeutic Abortion as an element of Preventiv Psychiatry.
Amer. J. Psychiat. 126 : 9 mars 1970.

